



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 27-nov-2025

Fecha Validación: 09-dic-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BENAVIDES	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GÉLVEZ	NOMBRES RAFAEL EDUARDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1018422080	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/> NUMERO 89012162023 D.M. CMCOL		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 21 MES ENE AÑO 1989 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 165 A 8 H 65 BL 3 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6016709489 EMAIL rafaelbenavidesmd@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO Bachiller Académico					
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2005	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Doctorado	4	X	Douctorado em Ciencias	3 2022	
Maestría	4	X	MAESTRIA EN MEDICINA ALTERNATIVA	8 2018	
Especialización médico	6	X	ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA	1 2016	1018422080
Universitaria	12	X	MEDICINA	12 2011	15373/2013

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 09/12/2025 14:52:05

1679341

Documento electrónico: 07eb59d833efe0a9a5d44c56fa43dbcfa59528398d8213f693fa8108cfc55f8f
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 4



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 27-nov-2025

Fecha Validación: 09-dic-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Diplomado en Educación en ciencias de la salud	Universidad de Santander	2020	120
Diplomatura en prevención y abordaje de violencia	Universidad de Ciencias empresariales y Sociales	2019	50
Atención integral en salud a las víctimas de	SENA	2016	40

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
inglés		X				X		X	
portugués		X				X		X	

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Universidad Industrial de Santander		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Santander	Bucaramanga	academico.ipred@uis.edu.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
6076340000	DÍA 1 MES 3 AÑO 2019		DÍA 6 MES 7 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
Docente (psicología y psiquiatría forense)	Instituto de Proyección Regional y Educación	Carrera 27 # 9 campus UIS		

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 09/12/2025 14:52:05

1679341

Documento electrónico: 07eb59d833efe0a9a5d44c56fa43dbcfa59528398d8213f693fa8108cfc55f8f
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 4



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 27-nov-2025

Fecha Validación: 09-dic-2025

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Universidad de Santander	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Bucaramanga	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD jefetah@udes.edu.co	
TELÉFONOS 6076516500	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 7 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 19 MES 12 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Docente	DEPENDENCIA Psiquiatría	DIRECCIÓN calle 70 # 55-210	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Instituto del sistema nervioso de oriente	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Bucaramanga	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD talentohumano@clinicaisor.com	
TELÉFONOS 6076432364	FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 4 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 14 MES 2 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO Medico psiquiatra	DEPENDENCIA Consulta externa	DIRECCIÓN Calle 50 #23-100	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E centro de salud de Paya	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Boyacá	MUNICIPIO Paya	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD centrodesalud@paya-boyaca.gov.co	
TELÉFONOS 3133495417	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 2 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 4 MES 3 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO Medico SSO	DEPENDENCIA medicina	DIRECCIÓN Inspección de Policía Morcote de Paya ,	

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 09/12/2025 14:52:05

1679341

Documento electrónico: 07eb59d833efe0a9a5d44c56fa43dbcfa59528398d8213f693fa8108cfc55f8f
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 4



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 27-nov-2025

Fecha Validación: 09-dic-2025

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	3	10
Pública	1	4
Total	4	10

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 27-nov-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
RAFAEL EDUARDO BENAVIDES GÉLVEZ 27/11/2025 15:07:06
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 09/12/2025 14:52:05

1679341

Documento electrónico: 07eb59d833efe0a9a5d44c56fa43dbcfa59528398d8213f693fa8108cfc55f8f
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4